

18 Naar de kern van de zaak

Jos Benders en Marc Rouppe van der Voort

Op het eerste Lidz-jaarcongres in 2010 zei gastheer en Achmea-voorzitter Roelof Konterman verheugd te zijn dat er ook wetenschappers bij de stichting Lidz waren betrokken, omdat dan ook zicht ontstaat op de resultaten van lean in de zorg. De oproep om resultaten zichtbaar te maken is nog steeds vaak te horen en betekent dat, ondanks de inmiddels grootschalige toepassing van lean in de zorg, de legitimiteit van lean nog steeds ter discussie staat. Nu is de vraag “Wat levert lean op?” even zinvol als de vraag “Wat levert een hamer op?”. Een goed antwoord op die vraag lijkt ons dat goed gereedschap belangrijk is, maar dat het vakmanschap van de timmerman nog belangrijker is om tot resultaat te komen. Ook voor ‘lean’ geldt, dat cruciaal is hoe het wordt ingezet en voor welk probleem. *All lean is local*. Het blijkt al moeilijk genoeg om de effecten van afzonderlijke lean projecten te bepalen (Andersen, Røvik & Ingebrigtsen, 2014), laat staan de vraag wat ‘lean’ de zorg als geheel oplevert. Zinvoller is de vraag wat lean vakmanschap inhoudt en of zich dat ontwikkelt. Alvorens daarop in te gaan, toch iets over de resultaten. Die willen we in perspectief, of zelfs perspectieven, plaatsen. Wie vindt welke resultaten belangrijk? En hoe verstandig is het resultaten te openbaren?

Hoezo ‘resultaten’?

De oorsprong van lean ligt in het bedrijfsleven en met name de industrie. Resultaten worden daar gepresenteerd in operationele termen, zoals hogere productiviteit, sneller leveren en hogere kwaliteit. Liefst zien managers in het bedrijfsleven deze resultaten ook nog in financiële termen: hoeveel euro’s zijn er verdiend?

Deze insteek is in de zorg omstreden. Voor bestuurders, verzekeraars en managers is de attractiviteit duidelijk, voor zorgprofessionals lang niet altijd. Hoewel ook in dit boek indrukwekkende operationele resultaten (hoofdstukken 9-13) worden gepresenteerd, komt in verschillende hoofdstukken nadrukkelijk naar voren dat zorgprofessionals zich afvragen of lean de patiënt wel ten goede komt. “Leuk voor het ziekenhuis, maar ook voor de patiënt?”, drukt deze twijfel uit. In het St. Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (hoofdstuk 8) en het Instituut Verbeeten (hoofdstuk 9), die allebei geteld mogen worden tot

de voorhoede van Nederlandse zorgorganisaties die met lean werken, speelde deze vraag nadrukkelijk.

De twijfel op de verpleegvloer is in perspectief te plaatsen als we de ervaren kwaliteit van de zorg, en daarmee in lean termen de 'waarde voor de klant', zien als de resultante van medisch, relationeel en organisatorisch handelen. Lean in de zorg legt de nadruk op het organisatorisch handelen, zowel het verbeteren van individuele zorgprocessen als het vergroten van het probleemoplossend vermogen ('continu verbeteren'). Medisch handelen blijft buiten beschouwing. Een uitzondering is misschien het goed op elkaar laten aansluiten van individuele medische handelingen, maar dat is eerder te zien als organisatorisch handelen. De organisatorische insteek van lean en de nadruk op het structureel aanpakken van verbeterpunten lijken wel eens ver van het bed van individuele zorgverleners te staan. Zorgverleners zijn medisch of verpleegkundig geschoold, waarbij aandacht voor organisatorische aspecten eerder uitzondering dan regel lijkt. Het is dan ook niet vreemd dat de relevantie van lean voor veel zorgverleners niet evident is en dus om de nodige aandacht en uitleg vraagt bij de implementatie. De toepassing van lean komt daardoor op de werkvloer vaak een sceptische houding tegen, zoals bij de groep verpleegkundigen in hoofdstuk 14, die waardering misten ("Dat is lief!"), voordat ze ervoor open ging staan om lean toe te passen. Tegelijkertijd geeft het gebrek aan vanzelfsprekende aansluiting bij de operationele insteek bij zorgverleners ook de relevantie van lean voor de zorg aan. Aan te bevelen is om altijd duidelijk te maken hoe lean kan bijdragen aan een betere kwaliteit van de zorg in de ogen van zorgverleners. Een kortere doorlooptijd is minder aansprekend dan 'sneller geholpen worden en dus een kortere tijd van onzekerheid en angst'. Die insteek kan zorgverleners én management aanspreken.

Vanlaere en Burggraave (hoofdstuk 7) wijzen op een ander gevaar van lean en zelfs van organiseren in het algemeen. Zij stellen het relationele centraal, de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Die is niet in procedures te vangen. Het maximaal haalbare is het cultiveren van een houding waarin 'de kleine goedheid' tot bloei kan komen. Er moet ruimte blijven, of zelfs komen, voor interpersoonlijk contact. Het gevaar is dat het op zichzelf terechte accent op het verwijderen van verspilling, waarop Jeff Kaas bijvoorbeeld ook hamert (hoofdstuk 6), in de zorg het gevaar in zich bergt dat de ruimte voor de kleine goedheid wordt aangetast. Veel zorgverleners in de thuiszorg zullen dit maar al te goed herkennen. Uiteraard is er, geheel in lijn met het lean gedachtegoed, een remedie: het relationele als waardetoevoegend erkennen. Dat maakt de samenvoeging van 'Lean en Lief' zo interessant (zie hoofdstuk 8).

Gebruikelijke definities van proces zijn organisatorisch georiënteerd, zoals het transformeren van input in output. Om het relationele aspect van zorg tot

uiting te laten komen in het verbeteren van processen is een krachtigere definitie van een proces: ‘samenhangend gedrag’ (Kramer & De Smit, 1982). Deze benadering opent de weg om de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger centraal te stellen. Zo kun je het centrale lean begrip van ‘flow’ interpreteren als: “Hoe kun je zorgen dat zorgverleners vanuit de relatie met de zorgontvanger vol in hun werk op kunnen gaan en niet gestoord worden door zaken die er op dat moment niet toe doen?”

Zoals al in de introductie van dit boek gezegd: het bepalen van de operationele resultaten van lean is behoorlijk lastig. Daarbij speelt nog een ander punt: aan wie komen resultaten ten goede en wat betekent dat voor de bereidheid om die resultaten bekend te maken? Illustratief hiervoor was de discussie tussen twee initiatiefnemers van het netwerk Lidz, Marcel Visser als bestuurder van het (toenmalige) St. Elisabeth Ziekenhuis en Roelof Konterman, destijds directievoorzitter van zorgverzekeraar Achmea. Konterman had gepleit voor samenwerking tussen verzekeraars en ziekenhuizen om processen te verbeteren. Visser vond dat op zichzelf een goed idee, maar wees erop dat zorgverzekeraars en zorginstellingen ook voortdurend onderhandelen over tarieven. Zorginstellingen zijn daarom huiverig om zorgverzekeraars in de keuken te laten kijken: goed inzicht in de resultaten van processen zal gemakkelijk leiden tot druk op de tarieven. Algemener geformuleerd: inzicht in daadwerkelijke prestaties kan de ene partij aanzetten tot acties die de andere partij ongewenst acht. Deze belangen tegenstelling speelt ook binnen zorginstellingen. Als lean leidt tot minder verspilling, is de vraag wie daarvan de vruchten gaat plukken. Leidt minder verspilling dan tot meer tijd voor de patiënt of tot minder personeel voor de afdeling? Met andere woorden: in situaties van potentieel tegengestelde belangen is er vaak aanleiding om bereikte resultaten, als die al bepaald c.q. te bepalen zijn, niet of slechts gedeeltelijk naar buiten te brengen. Meerdere auteurs van onze drie praktijkboeken hebben aangegeven harde resultaten niet in het hoofdstuk te willen opschrijven uit vrees voor die belangen tegenstelling.

Men zoekt naar manieren om de patiënt structureel in het verbeterproces te betrekken. Op die manier wordt ‘respect for people’ doorgetrokken naar de patiënt. In hoofdstuk 8 beschrijven Caron en Boonen hoe dat gebeurt in lerende gemeenschappen, waar ervaringen vanuit patiëntperspectief besproken worden. In huisartsenpraktijk Schultz en Van de Kerkhof (hoofdstuk 4) staat een ‘mopperpot’ om verbeterpunten van patiënten laagdrempelig boven water te krijgen. Jeff Kaas trekt het in hoofdstuk 6 nog breder: ook alle mensen uit de gemeenschap verdienen dit respect. Een insteek die mooi bij de maatschappelijke functie van zorginstellingen aansluit, maar die je nog weinig terugvindt in de beschrijvingen hoe lean in de zorg tot nu toe toegepast wordt.

En de zorgprofessionals?

Zorgprofessionals hechten dus veel waarde aan wat lean voor patiënten oplevert. Maar wat levert het voor hen zelf op, behalve dan dat waarde hechten aan wat het voor de patiënt oplevert? Merkwaardig genoeg bestaan er, zelfs als je de internationale literatuur bekijkt, nauwelijks studies over de gevolgen van lean voor zorgprofessionals zelf. Dat is onder meer merkwaardig vanuit werkgeversperspectief: continu verbeteren werkt alleen ‘con amore’ (‘met liefde’), dat wil zeggen: als zorgprofessionals er oprecht van overtuigd zijn dat het de patiënt en de zorg ten goede komt.

Uiteraard spelen ook de belangen van zorgprofessionals een rol. De term ‘lean & mean’ zingt helaas nog steeds rond (tot onze schrik bezigde zelfs de toenmalige minister van Volksgezondheid Klink deze term toen hij het eerste exemplaar van ons eerste boek aangeboden kreeg). Die beeldvorming over lean is breed verspreid en geeft aan dat onder de vlag van ‘lean’ in het (soms al behoorlijk grijze) verleden projecten zijn uitgevoerd die zeer negatief uitpakten voor werknemers. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat lean vaak sceptisch wordt bekeken. We hebben daarom met vele anderen ook in onze vorige boeken gewaarschuwd voor de valkuil dat lean wordt aangegrepen om te bezuinigen. Die boodschap lijkt te zijn aangekomen, hoewel ze voortdurend herhaald moet worden in deze tijd van overheidsbezuinigingen op de zorg en de (op zichzelf gerechtvaardigde) strijd tegen verspilling. Natuurlijk kan lean de werkvloer goed helpen om de gevolgen van bezuinigingen zodanig op te vangen, dat het zo veel mogelijk zowel de patiënt als het eigen werkplezier ten goede komt, of dat negatieve effecten in ieder geval geminimaliseerd worden. Indien echter lean ingezet wordt als een rationalisatieslag die door buitenstaanders bepaald wordt, zal het ten koste gaan van in ieder geval de beleving van de werkvloer en mogelijk ook de patiëntenzorg zelf. De consequentie is dat medewerkers zekerheid nodig hebben dat hun eigen bijdragen aan het verwijderen van verspilling uit de processen er niet toe leiden dat hun eigen baan of die van een collega beëindigd wordt. Dat kan knap lastig zijn in periodes van grote bezuinigingen.

Daarnaast is het cruciaal hoe continu verbeteren uitpakt voor de inhoud van het werk van zorgprofessionals. Ervaren ze dit als een belasting die ten koste gaat van het eigenlijke werk of als een investering die er ten goede aan komt? Leidt continu verbeteren tot meer betrokkenheid bij het werk of juist tot uitputting en een hogere kans op een burn-out? In een Deens ziekenhuis bleek dat beide het geval kunnen zijn: de gevolgen op de ene afdeling waren totaal anders dan op een andere (Hasle, 2010). Nogmaals: *All lean is local*.

Gezien het belang hiervan, zou je verwachten dat er het nodige systematische onderzoek bestaat over hoe lean uitpakt voor zorgprofessionals. Wel is er

het nodige anekdotische bewijs. Jeff Kaas (hoofdstuk 6) benadrukt het plezier dat werknemers kunnen beleven aan de verbeteringen die ze suggereren en realiseren. In de apotheek van het VUmc is enige tijd zelfs gevraagd en bijgehouden of men ‘prettig had gewerkt’ (hoofdstuk 10). Werknemers ergeren zich vaak aan processen die niet goed lopen en het is prettig die ergernissen te verhelpen. Daarnaast is er voldoening als lean ertoe leidt dat men rustiger kan werken en er meer tijd voor de patiënt beschikbaar komt, zoals in het Instituut Verbeeten (hoofdstuk 9). Dan is er ook meer gelegenheid voor ‘de kleine goedheid’. Zoals Vanlaere en Burggraave (hoofdstuk 7) stellen: die is niet te organiseren, maar alleen te cultiveren. Het realiseren van operationele verbeteringen kan extra tijd opleveren voor de patiënt. Tegelijkertijd komen we hier bij een ander punt: komt die tijd wel terecht bij de patiënt? Terecht zijn zorgprofessionals bevreesd dat de gerealiseerde tijdswinst zuiver en alleen een efficiëntieslag betekent en dat de winst bij het systeem of zelfs ‘het management’ terecht komt. Overigens waarschuwen Vanlaere en Burggraave ervoor ‘het management’ als zondebok te gebruiken: management is nodig om de schaarse middelen zo goed mogelijk in te zetten voor de zorg.

Interessant is de term ‘professionele ongehoorzaamheid’, die Vanlaere en Burggraave bezigen. Zij beschrijven dat zorgverleners wel eens ingaan tegen de voorschriften, als ze vinden dat die voorschriften in een concrete zorgcasus averechts uitpakken. Dat gaat dan, vanuit prima intenties, stiekem en de zorgverlener heet dan ‘ongehoorzaam’ te zijn. Dat komt hoogstwaarschijnlijk vaak voor, al blijft dat in de regel ‘onder de pet’. Continu verbeteren, daarentegen, is erop gericht dit gedrag in de openbaarheid te brengen. Afwijken van de voorschriften betekent vaak dat de zorgverlener een mogelijkheid heeft gezien de zorg beter te verlenen dan mogelijk is als de voorschriften gevolgd worden. In termen van continu verbeteren is er dus sprake van een verbetermogelijkheid. Met andere woorden: continu verbeteren benadrukt juist dat regels permanent ter discussie moeten staan en biedt zo de mogelijkheid professionele ongehoorzaamheid te kanaliseren.

In dit kader is ook een observatie uit de apotheek van het VUmc relevant (hoofdstuk 10). De leiding dacht daar dat hun medewerkers sowieso wel met suggesties voor verbeteringen voor de dag zouden komen. Die gedachte is begrijpelijk: zeker in een apotheek moet uiterst nauwkeurig gewerkt worden en medewerkers wordt dat gedurende hun opleiding(en) en werk ingeprent. Toch kwam men pas na de introductie van een continu verbeter-programma op grote schaal met verbeter suggesties. Blijkbaar is een formele structuur wel degelijk nodig.

Leren, niet kopiëren

Een patiënt is inderdaad geen auto, om een uitspraak uit de begintijd van lean in de zorg te parafraseren. Er bestaan grote verschillen tussen de auto-industrie en de zorg. Maar de zorg heeft al veel van autofabrikant Toyota geleerd. Het toepassen van lean principes in de zorg is geen gemakkelijke zoektocht gebleken. Op het elementaire niveau van 5S werkplekinrichting lukt het nog wel met gezond verstand. Maar daarna wordt het lastiger: het analyseren en ontwerpen van afzonderlijke stromen is al een heel proces, het op elkaar afstemmen van alle stromen in een ziekenhuis een helse klus. Nog moeilijker wordt het om, al denkend en experimenterend, als pendant van het Toyota Productie Systeem tot een zorgsysteem te komen dat is gebaseerd op de lean principes en leidt tot kwalitatief perfecte en efficiënte zorg. Dát is de kern van de zaak.

Toyota deed er decennialang over om tot een geïntegreerd systeem te komen en nog eens decennia om het door te ontwikkelen tot het Toyota Productie Systeem zoals we het nu kennen. Waarschijnlijk zullen zorginstellingen nog heel wat jaren geduld en doorzettingsvermogen nodig hebben om tot vergelijkbare systemen te komen. Een les van Toyota is dat leiders het leren voor de lange termijn nog hoger achten dan resultaten op de korte termijn. Toyota deed dat vanuit bittere noodzaak en vanuit een visie op het 'Ware Noorden': een ideaaltypische omschrijving waar stapje voor stapje naar toe wordt gewerkt. Diverse hoofdstukken laten zien dat contouren van die visie scherper beginnen te worden, maar omschrijvingen van het 'Ware Noorden' die over de jaren de richting en dus prioriteiten scherp stellen voor het ontwikkelen van een zorgsysteem zien we in de zorg nog niet.

Langzamerhand komen we dichterbij de kern van de zaak. De meer geavanceerde toepassers van lean in de zorg zoeken, met vallen en opstaan, naar een eigen systeem. In hoofdstuk 14 staat beschreven hoe in te springen op de lokale en zich continu wijzigende situatie. In de hoofdstukken daarna komt aan de orde hoe ver dit ontwikkelwerk kan gaan: voorheen niet besproken onderwerpen als de fysieke infrastructuur en IT-toepassingen moeten ook passen in een zorgsysteem. Afhankelijk van het doel dat men nastreeft, kan men elementen van lean, en ook van andere benaderingen, proberen in te passen in een zorgsysteem. Domweg kopiëren werkt niet; van anderen leren en die lessen door experimenten inpassen in een eigen systeem wel. Vandaar "leren, niet kopiëren".

Hoe verder?

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, is in Nederland al meer dan tien jaar ervaring opgebouwd met lean in de zorg. Deze periode overziend concluderen we dat er veel voortgang gemaakt is om lean naar de zorg te vertalen en daarmee processen te verbeteren. Bij tientallen ziekenhuizen wordt het inmiddels toegepast en ook in de care zijn de eerste ervaringen opgedaan (hoofdstuk 3). Sterk is dat de toepassing van lean primair in de zorgverlening zelf is begonnen. Sterk is ook dat de meeste verhalen in onze drie boeken niet zozeer procesanalyses en eenmalige verbeterlagen beschrijven, maar vooral hoe ze procesverbetering een normaal onderdeel van ieders dagelijks werk proberen te maken, ondersteund door methodes, routines en begeleiding. Dat maakt het veel kansrijker dat lean een blijvende meerwaarde zal hebben, zodat zorginstellingen niet alleen een eenmalige verbeterlag maken, maar beter met telkens nieuw opkomende procesproblemen om kunnen gaan. Dat doet ook recht aan de complexiteit van de processen in de zorg en de veranderkundige taaierheid om die te veranderen.

Wanneer de lean principes en voorbeelden uit het Toyota Productie Systeem naast deze vorderingen worden gelegd, vallen ook zaken op die afwezig zijn of in ieder geval nog niet stevig aanwezig zijn. Zoals hiervoor beschreven, is nog geen sprake van een duidelijke samenhangende visie of 'Ware Noorden' die leidend is voor hoe zorginstellingen een zorgsysteem ontwikkelen. Type-rend is dat weliswaar in *value streams* wordt gedacht, maar dat deze in de regel afzonderlijke zorgprocessen c.q. zorgpaden bevatten. Het is mooi dat deze zorgprocessen worden verbeterd. We zouden echter nog verder komen als die zorgprocessen ook op elkaar afgestemd zouden worden. Er wordt nog weinig afdelingsoverstijgend, laat staan instellingsoverstijgend gewerkt. En als een afdelingsoverstijgend zorgpad wordt gerealiseerd, worden vaak uitzonderingen in andere zorgprocessen gecreëerd om het zorgpad goed te laten lopen. Een visie op hoe die afzonderlijke zorgprocessen qua organisatiestructuur bij elkaar passen, hebben we (in onze boeken) nog niet gepubliceerd gezien. Ook wordt 'flow' verbeteren nog beperkt ingezet als een strategische keuze om pas daarna veel betere kwaliteit tegen veel lagere kosten te kunnen realiseren. Als je lean op die manier strategisch inzet, investeer je dus eerst in flow om vervolgens andere prestaties te verbeteren.

Verder valt op dat de laatste jaren veel aandacht is gekomen voor de rol van 'lean leiderschap' als een voorbeeldfunctie, als een coach om het probleemoplossend vermogen te vergroten en als een directe rol in het snel en adequaat adresseren van problemen die de werkvloer niet zelf kan aanpakken

(zie ook hoofdstuk 15). Van leiders verwachten we daarenboven het vakmanschap waarover we spraken aan het begin van dit hoofdstuk: de lean principes en methoden zodanig hanteren dat ze als elementen ingebed worden in een eigen zorgsysteem. Bovendien is het zaak dit veranderkundig verantwoord aan te pakken. Geboekte resultaten zijn hier van groot belang: niet zozeer als eindstation, maar eerder als toetssteen hoe ver men is gevorderd met de eigen koers.

In dit boek komen wel enkele contouren naar voren hoe een dergelijk zorgsysteem eruit moet zien. Beginnend met het principe 'waarde voor de klant' is duidelijk dat de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger centraal moet staan. Omdat hier sprake is van voortdurende interactie, waarbij beiden op elkaar reageren, is dit proces niet planbaar. Wel is het (1) noodzakelijk ruimte te laten voor het relationele en (2) een open opstelling van zorgverleners te cultiveren. Verder is aansluiting bij de bestaande prioriteiten van zorgaanbieders op veiligheid en kwaliteit noodzakelijk en moet het ideaal zijn dat de zorgontvanger niet meer hoeft te wachten. Dat kan door activiteiten naadloos op elkaar te laten aansluiten.

Over de auteurs

Jos Benders is als gasthoogleraar verbonden aan het Centrum voor Sociologisch Onderzoek van de Katholieke Universiteit Leuven.

Marc Rouppe van der Voort is manager Lean en Zorglogistiek in het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht/Nieuwegein.

Referenties

- Andersen, H., Røvik, K.A. & Ingebrigtsen, T. (2014). Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. *BMJ Open* 4 (e003873 doi:10.1136/bmjopen-2013-003873).
- Hasle, P. (2010). Professional Assessment and Collective Standards – Lean in a Cancer Department. In: P. Vink & J. Kantola (red.), *Advances in occupational, social, and organizational ergonomics* (pp. 345-354). Boca Rotan: CRC press.
- Kramer, N. & De Smit, J. (1982). *Systeemdenken*. Leiden/Antwerpen: H.E. Stenfert Kroese.